

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

NOCEBO – WISSENSCHAFTLICH GESEHEN

Beschwerden, die unter einer Schein-Behandlung und/oder durch Suggestion negativer Erwartungen entstehen

Den Begriff *Placebo* kennen die meisten; den Begriff *Nocebo* wohl nur wenige. Das ist insofern erstaunlich, weil diese beiden Gegenpole im Alltag von Klinik und Praxis eine erhebliche Rolle spielen und deshalb mehr Beachtung finden sollten. Was aber versteht man nun unter Nocebo konkret?

Nachfolgend deshalb eine wissenschaftliche Übersicht zu Begriff, Definition, experimentellen Nocebo-Untersuchungen, dem schmalen Grat zwischen ethischen Vorgaben und der Verpflichtung zur Aufklärung, zu psychologischen, neuro-biologischen und genetischen Aspekten. Und vor allem zu konkreten Situationen im ärztlichen und pflegerischen Alltag, nicht zuletzt was die medikamentöse Therapie anbelangt. Dazu spezielle Überlegungen zum so genannten „erlaubten Verschweigen“ und zur Patienten-Edukation (Schulung).

Wo also liegen die Möglichkeiten und Grenzen, letztlich der gangbare Mittelweg und Kompromiss im Alltag?

Erwähnte Fachbegriffe:

Nocebo – Placebo – Placebo-Effekt – Placebo-Therapie – Nocebo-Begriff – Nocebo-Definition – Nocebo-Effekt – Nocebo-Antwort – Schein-Behandlung – Behandlungs-Erwartungen – Vor-Erfahrungen – Arzt-Patient-Kommunikation – beabsichtigte Suggestion – Aufklärungs-Strategien – Aufklärungs-Gespräche – erlaubtes Verschweigen – neuro-biologische Aspekte bei Placebo und Nocebo – Nocebo und genetische Disposition – Nocebo und inter-individuelle Unterschiede – Nocebo-Antwort im ärztlichen Alltag – Nocebo-Erkenntnisse aus Experimenten – Nocebo-Phänomene und Medikament – wahre Nocebo-

Effekte – wahrgenommene Nocebo-Effekte – Beipackzettel – Produkt-Informationen – Aufklärungswunsch – Aufklärungs-Verweigerung – Patienten-Edukation – Patienten-Schulung – Arzt-Patient-Training – Patienten-Aufklärung – u.a.m.

Jeder kennt den Begriff Placebo (vom lat.: *placere* = *gefallen* und bei der Form *placebo* = *ich werde gefallen*). Einzelheiten dazu zur Erinnerung im nachfolgenden Kasten.

Placebo – kurzgefasste Übersicht

- *Begriff*: vom lat.: *placere* = gefallen, gefällig sein, im erweiterten Sinne zufrieden sein, liebenswürdig, herzlich, Beifall finden, in entsprechenden Formen auch: es gefällt, es beliebt, man beschließt oder verordnet, es ist mein Wille, genehmigt u. a. In der hier verwendeten Form als *placebo* = ich werde gefallen.
- Zumeist *verwendet* im Sinne von Leer-Medikament, Leer-Präparat, Schein-Medikament, pharmakologisch unwirksame, indifferente Substanz in Arzneimittelform usw.
- *Historisch* wohl im 18. Jahrhundert durch jene medizinischen Anwendungen geprägt, bei denen die vermutlich seelische Wirkung wichtiger erscheint als etwa eine chemische oder physikalische.
- *Einsatz/Gebrauch/Anwendung*: Im Allgemeinen als klinische Erprobung neuer Arzneimittel (Stichwort: Blindversuch), um die reale spezifische Arzneimittel-Wirkung von den („irrealen“) und spezifischen Wirkungen der Behandlung zu unterscheiden (also ein Placebo-Effekt - s. u.). - Im weiteren Sinne auch so genannte unspezifische Schein-Interventionen in der Behandlung mit Instrumenten, z. B. Schein-Operation, Schein-Akupunktur u. a. - Und als so genanntes Psychotherapie-Placebo (z. B. als Diskussionsgruppe, Fach- und Behandlungs-Lektüre für Laien usf.).

Und schließlich für weitere spezifische Einsätze auf vor allem klinisch-psychologischer Basis:

- *Placebo-Effekt*: Rein physiologische (also körperlich auch nachweisbare) und/oder psychologische Veränderungen des Organismus oder einer Person nach Einnahme eines Placebos (z. B. im Rahmen einer Arzneimittel-Prüfung) bzw. nach einer Schein-Intervention (s. o.). Der Placebo-Effekt ist abhängig von der Art der Krankheit (Schmerzen verschiedener Ursache, z. B. Migräne, aber auch Übelkeit u. a., geringer dagegen bei Verstopfung) und von der Persönlichkeitsstruktur des Patienten. Zum Teil sehr eindrucksvoll ist der Placebo-

Effekt in Arzneimittel-Prüfungen bei seelischen Störungen, insbesondere Depressionen, Angststörungen, Phobien (objekt- bzw. situations-bezogene Angstzustände), Somatisierungsstörungen („Verkörperlichung“ seelischer Beeinträchtigungen) sowie bei psychosomatischen Erkrankungen (seelische Störungen äußern sich körperlich) u. a.

- *Placebo-Therapie*: Verabreichung eines Placebos oder einer anderen Behandlungsform (siehe auch psychotherapeutisch), die keine chemisch oder physikalisch nachweisbare Wirkung auf die Beschwerden eines Kranken hat, sondern - vermutlich - durch Belebung von Hoffnung und Vertrauen in den Therapeuten oder die Maßnahme getragen ist.

- *Ethische bzw. juristische Aspekte*: Ist im Allgemeinen nur dann gerechtfertigt, wenn nach dem Stand der ärztlichen Kunst auch eine positive Wirkung erwartet werden kann. Beispiel: Wenn das Risiko der Placebo-Behandlung ungleich niedriger ausfällt als das Risiko der (ansonsten nicht erfolgreich behandelbaren) Krankheit. Im Einzelfall sehr schwierige Abklärung und Entscheidung, die deshalb auch inzwischen von entsprechend zusammengesetzten Ethik-Kommissionen beurteilt wird.

Während es über das Placebo-Phänomen, seine Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren, seine Erfolge, Misserfolge, ethischen und juristischen Fragen bzw. Einwände eine umfangreiche Literatur gibt (mehr als 150.000 Literaturstellen beispielsweise in einer Recherche der Datenbank PubMed 2011, wobei es nach Abzug ausschließlich placebo-kontrollierter Medikamenten-Studien noch immer mehr als 2000 Publikationen sind, die das gegenwärtige Wissen beschreiben, scheint das Phänomen „Nocebo-Effekt“ in der Wissenschaft fast nicht existent zu sein; am ehesten noch in Leserbriefen, Kommentaren, Editorials und Übersichts-Arbeiten auf medizinischer Interessen-Grundlage. Kurz: Placebo in aller Munde, Nocebo kein Thema?

Das ist umso erstaunlicher, als Nocebo-Phänomene im klinischen Alltag relativ häufig vorkommen. Deshalb ein dankenswerter Beitrag im Deutschen Ärzteblatt 26 (2012) 459 über *Nocebo-Phänomene in der Medizin* von Privatdozent Dr. W. Heuser (Saarbrücken), Prof. Dr. Dr. E. Hansen (Regensburg) sowie Prof. Dr. Dipl.-Psych. P. Enck (Tübingen). Weitere Hinweise siehe am Ende dieses Beitrages.

Begriff und Definition

- Der *Begriff* Nocebo stammt also aus dem lat.: nocere = schaden (je nach Begriffs-Erweiterung auch eine böse Tat begehen, hinderlich sein, sich an jemand vergreifen u. a.).

- *Definitiv* wurde der Begriff Nocebo ursprünglich geprägt, um den negativen Pol von Placebo-Phänomenen zu benennen bzw. um unerwünschte von erwünschten Wirkungen eines Placebos abzugrenzen. Nocebo bezeichnete eine inaktive Substanz oder Prozedur, die negative Erwartungen erzeugen sollte. Beispiel: Die Gabe eines Schein-Medikaments (was beim Placebo ebenfalls der Fall ist), hier aber verbunden mit verbalen Suggestionen einer Beschwerde-Zunahme (und nicht -Abnahme wie erhofft).

Inzwischen hat sich der Sinn von Placebo und Nocebo erweitert: So unterscheidet man bei der Verabreichung von Medikamenten oder einer Psychotherapie (hier allerdings mit besonderen Problemen einer belegbaren Abgrenzung verbunden) spezifische von unspezifischen Effekten.

- Spezifische Effekte werden durch die charakteristischen Elemente der Intervention hervorgerufen

- Nicht-spezifische Effekte einer Behandlung werden als

- - Placebo-Effekte bezeichnet, wenn sie nützlich sind sowie
- - als Nocebo-Effekte benannt, wenn sie schädlich sind.

Grundlage dieser Wirkungen sind psycho-biologische Phänomene in einem übergeordneten Zusammenhang. Beispiele in Fachbegriffen: Schein-Behandlungen, Behandlungs-Erwartungen, Vor-Erfahrungen des Patienten, verbale und non-verbale Kommunikation des Therapeuten sowie Patient-Behandler-Interaktion.

Unter einem *Nocebo-Effekt* versteht man also heute Beschwerden und Symptom-Verschlimmerungen, die unter einer Scheinbehandlung und/oder durch gezielte oder unbeabsichtigte Suggestionen (bestimmte Gedanken, Empfinden, Wünsche oder Verhaltensweisen durch Willens-Beeinflussung hervorruhend) und/oder negative Erwartungen entstehen.

Unter einer *Nocebo-Antwort* werden Beschwerden und Symptom-Verschlimmerungen subsumiert, die nur durch negative Erwartungen des Patienten und/oder negative verbale und non-verbale Kommunikation der Therapeuten ohne eine (Schein-)Behandlung hervorgerufen werden.

Was weiß man über die experimentelle Nocebo-Forschung?

Die erwähnten Experten beschäftigen nun wie alle anderen, die in Forschung, Lehre oder klinischem Alltag damit konfrontiert sind, drei zentrale Fragen, was vor allem die experimentelle Nocebo-Forschung angeht:

Sind bei Placebo- und Nocebo-Effekten die gleichen psychologischen Mechanismen wirksam, z. B. Konditionierung (Lernen) und Erwartungs-Reaktionen? Haben beide Phänomene gemeinsame oder unterschiedliche neurobiologische Grundlagen? Und sind die Vorhersage-Kriterien die gleichen oder nicht? Was weiß man bisher? Dazu nachfolgende Überlegungen und Erkenntnisse in Fachbegriffen:

- In **psychologischer Hinsicht** gehören zu den gesicherten Mechanismen der Placebo-Antwort (s. o.) zum einen das Lernen durch die allseits bekannte Pawlowsche Konditionierung und Reaktion auf Erwartungen, ausgelöst durch verbale Informationen oder Suggestionen. Beispiele: Übelkeit, Haut-Überempfindlichkeit, Schmerzen (bzw. Schmerz-Erwartung), wenn darauf vor dem experimentellen Test hingewiesen wurde. Kurz: Sowohl Placebo- wie Nocebo-Reaktionen können durch Lernen erworben werden, so die Experimente und so auch der klinische Alltag mit Patienten.
- Wie aber steht es um die so genannten **neuro-biologischen Aspekte**. Hier kennt man bei der Placebo-Reaktion bereits eine Reihe zentraler Botenstoffe und ihre Wirkung. Das betrifft vor allem das Dopamin und die endogenen Opiate in der so genannten Placebo-Analgesie (also Schein-Schmerzverminderung oder gar Schmerzlosigkeit). Allerdings werden auch andere zentrale Substanzen bzw. Prozesse diskutiert, z. B. das Neurohormon Cholecystokinin (CCK) beim Schmerz.
- Spielt dabei nicht auch eine **genetische Disposition**, also eine erbliche Neigung eine Rolle? Ja, bislang aber nur für Depressionen und die soziale Angst (Sozialphobie) nachgewiesen. Hier herrscht also noch Forschungsbedarf.
- Dies nicht zuletzt, weil es eben auch – wie überall im Leben – **inter-individuelle Unterschiede** gibt. Ein Beispiel dafür ist das Geschlecht, ein nachgewiesener Prädiktor der Placebo-Antwort, was zum Teil auch für die Nocebo-Antwort gilt. Das muss allerdings differenzierter gesehen werden. So waren in den erwähnten Untersuchungen, was die Verschlimmerung von Übelkeits-Symptomen anbelangt, Frauen stärker durch Konditionierung und Männer ausgeprägter durch experimentell induzierte Erwartungen beeinflussbar.

Interessant wird dies vor allem angesichts verschiedener seelischer Störungen, man kann es sich denken. Hier dürften insbesondere wieder Depressionen, Angststörungen u. a. eine große Rolle spielen.

Nocebo-Antwort im ärztlichen und pflegerischen Alltag

Der so genannte klinische Alltag, d. h. Kontakt und Kommunikation zwischen Arzt, Schwester, Pfleger, Arzthelferin u. a. sowie Patient, ob auf Krankenstation oder in der Praxis, ist voller Fußangeln, was mögliche Verunsicherung, doppel-

deutige Worte, negative Suggestionen, problematische Zentrierung der Aufmerksamkeit und Unwirksamkeit von Verneinungen und Verkleinerungen anbelangt, kurz: die Gefahr einer Nocebo-Antwort. Wir erinnern uns: Beschwerden und Symptom-Verschlimmerungen durch negative Erwartungen des Patienten und/oder negative verbale, aber auch non-verbale Kommunikation der Behandler. Und dies wohl gemerkt ohne eine konkrete (Schein-)Behandlung, nur durch den zwischenmenschlichen Kontakt.

Das ist natürlich weder beabsichtigt noch gar erwünscht, erschwert es doch den Therapeuten die Arbeit und verunsichert ihre Patienten über ihre ohnehin belastende Kranken-Situation hinaus. Dabei ist seit jeher bekannt, wie die Experten W. Häuser, E. Hansen und P. Enck erläutern, dass Patienten für negative Suggestionen, vor allem in existentiell bedrohlich erlebten Situationen (z. B. einer Operation, einer akuten schweren Krankheit oder einem Unfall) für derlei stark empfänglich sind. Ja, in Extrem-Situationen befinden sich manche Menschen geradezu in einem natürlichen Trance-Zustand, in dem sie erhöht suggestibel, also leicht beeinflussbar sind.

„Dieser Bewusstseins-Zustand ist anfällig für Missverständnisse durch wörtliches Verstehen, doppeldeutige Worte und negative Suggestionen“, so die Experten mit konkreten Beispielen in ihrem Fachbeitrag im Deutschen Ärzteblatt 26/2012.

Interessant auch der Aspekt, dass bei experimentell geplanten Sätzen mit nachfolgender Folge-Beurteilung des Patienten recht unterschiedliche Erkenntnisse gewonnen werden (müssen). Es ist offensichtlich ein Unterschied, was man mit seinen „belastungs-mildernden“ Erläuterungen bezweckt – theoretisch, und was der Patient in seiner Kranken-Situation daraus macht – real.

Diese Erkenntnisse beziehen sich allerdings auf viele Aspekte im Alltag. Das betrifft nicht nur Medikamente mit ihren möglichen Nebenwirkungen (auch wenn diese Substanzen gar nicht verabreicht worden sind). Es hat auch Folgen bei der Ankündigung eines schwachen Stromes oder eines elektromagnetischen Feldes (z. B. beim Mobiltelefon), die bei Kopfschmerz-Patienten entsprechende Beschwerden auslösen. Und geht bis zu in der Tat eingreifenden Symptomen, z. B. bei Parkinson-Patienten mit tiefer Hirnstimulation, wo ebenfalls die Frage: Hirnschrittmacher ein- oder ausgeschaltet eine große Rolle spielt, auch wenn es gar nicht stimmt.

Nocebo-Phänomene und Medikament

Da kann man sich gut vorstellen, was sich in puncto Placebo bzw. Nocebo in der Pharmakotherapie, also der Behandlung mit Arzneimitteln abspielt. Dort macht man es sich auch nicht leicht. So differenziert man in der Forschung zwischen wahrer und wahrgenommener Placebo-Wirkung. Im Einzelnen, fachlich gesprochen:

- Der *wahre Placebo-Effekt* ist der gesamte Effekt in der Placebo-Gruppe minus unspezifischer Faktoren wie etwa natürlicher Krankheitsverlauf, aber auch statistische oder epidemiologische Probleme. Der wahre Placebo-Effekt lässt sich nur durch den Vergleich einer Placebo- und einer Gruppe ohne Behandlung identifizieren.
- Wie aber steht es dann um den *wahren Nocebo-Effekt*? Er umfasst in doppelblinden Medikamenten-Studien (in denen also weder Patient noch Arzt weiß, was ist Arzneimittel, was Scheinpräparat) alle negativen Effekte in Placebo-Gruppen minus unspezifischer Faktoren wie beispielsweise Beschwerden auf Grund der behandelten Krankheit oder von Ko-Morbiditäten. Oder unerwünschte Wirkungen von einer Begleitmedikation, die man nicht absetzen darf, aber in die Beurteilung möglicherweise mit einbringen muss.

Kurz: Die nachfolgend von den Experten referierten Nocebo-Effekte in Medikamenten-Studien sind deshalb wahrgenommene und keine „wahren“ Nocebo-Effekte.

Eine Erkenntnis, die einleuchtet, auch wenn sie den Therapie-Bemühungen des Arztes und den Erfolgs-Hoffnungen des Patienten nicht gerade förderlich sind, lautet:

Nebenwirkungen von Medikamenten hängen weitgehend davon ab, was Patienten und Behandler als Nebenwirkungen erwarten. Dafür gibt es eine ganze Reihe von Untersuchungen zu kardiovaskulären Erkrankungen (Herz-Kreislauf), zur Multiplen Sklerose, zur Akut-Therapie und Vorbeugung der Migräne und des Spannungskopfschmerzes sowie zur schmerzhaften Polyneuropathie, zur Fibromyalgie u. a. Einzelheiten zu den erläuterten Krankheiten siehe die verschiedenen Beiträge in dieser Serie.

Deutlich wird dies bei der konkreten Erfassung von Nebenwirkungen mittels einer standardisierten Symptom-Liste. Wenn man diese den Patienten vorlegt, dann geben sie mehr Nebenwirkungen an, als wenn man sich lediglich auf die spontanen Angaben der Kranken bezieht. Das kann man so oder so interpretieren. Für manche Pharmafirmen aber erscheint es deshalb günstiger, Produkt-Informationen für den Arzt und Beipackzettel für die Patienten eher auf die weniger belastende Form zurückzuführen. Oder mit den Worten der Autoren: „Die Aussagekraft der Datengrundlagen von Produkt-Informationen und Beipackzetteln ist daher kritisch zu sehen.“

Nocebo-Effekte im Alltag von Klinik und Praxis zeigen sich in vielerlei Hinsicht. Das betrifft beispielsweise Patienten mit bekannter Medikamenten-Allergie oder die Krebs-Behandlung, ferner Herzerkrankungen, insbesondere Angina pectoris, die immer häufiger werdende Lactose-Intoleranz, Antidepressiva u. a.

Wer über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt wird, registriert und klagt in der Regel über mehr Beeinträchtigungen als jene, die dazu keine konkreten Informationen erhalten haben.

Dies ist beispielsweise auch ein Problem bei der Umsetzung von Original-Präparaten auf so genannte Generika, also Fertigarzneimittel, die nicht unter einem eingetragenen Warenzeichen, sondern unter ihrem internationalen Freinamen im Handel und damit preisgünstiger sind (siehe Rabatt-Verträge). So beispielsweise bei der Behandlung von chronisch schmerzkranken Menschen, bei denen es nach Umstellung zu einem geringeren Behandlungserfolg („mehr Schmerzen als vorher“) sowie mehr Nebenwirkungen gekommen ist.

Konkrete Untersuchungen zeigen dann allerdings auch, dass – wie erwähnt – vor allem Patienten mit vermehrter Angst-Bereitschaft, Depressivität und Somatisierungs-Neigung (also einer „Verkörperlichung“ unverarbeiteter seelischer und psychosozialer Probleme) ein höheres Risiko haben, über unerwünschte Wirkungen nach Umsetzen auf Generika zu reagieren. Hier tun sich natürlich verschiedene Fragen auf: So beispielsweise ob die kritischen Stellungnahmen von Meinungsbildnern und Repräsentanten entsprechender Organisationen durch die Medien eine induzierte Erwartung bezüglich der Unverträglichkeit einer Therapie auslösen können, sprich Nocebo-Effekte, so die Experten. Oder kurz: Man kann natürlich auch negative Effekte herbeireden.

Zwischen Ethik und Aufklärung

Hier tut sich also ein Problem auf, das nicht so einfach gelöst werden kann, vor allem je näher man an der realen „Gesundheits-Front“ arbeiten muss. Ethische Forderungen lassen sich sicher leichter erheben als der Spagat zwischen ethischen Implikationen und dem Dilemma eines nach allen Seiten akzeptablen Aufklärungs-Gesprächs. Oder konkret: Vor allem die Ärzte befinden sich in einer Zwickmühle zwischen der Pflicht, den Patienten über mögliche Nebenwirkungen einer Behandlung realistisch zu informieren (also letztlich alles, was irgendwie möglich sein könnte) und dem Bemühen, die Auslösung von Nocebo-Effekten durch eine entsprechend umfassende Aufklärung zu vermeiden. Oder noch kürzer: Auch Aufklärung hat seine Risiken.

Folgende Lösungs-Strategien schlagen deshalb Privat-Dozent Dr. W. Häuser, Prof. Dr. Dr. E. Hansen und Prof. Dr. Dipl.-Psych. P. Enck in ihrem Beitrag im Deutschen Ärzteblatt vor:

- Die *Formulierung so positiv wie möglich gestalten*, konkret den Schwerpunkt auf Verträglichkeit legen: Denn die Information, vor allem über die Häufigkeit möglicher Nebenwirkungen, kann positiv formuliert werden („die meisten Patienten vertragen die Maßnahme sehr gut“) oder negativ ausfallen („fünf Prozent berichten über folgende Nebenwirkungen“). So zeigt beispielsweise

eine Studie zur Aufklärungs-Strategie bei der Influenza-Impfung, dass die Patienten weniger Nebenwirkungen nach der Impfung angaben, wenn die Anzahl der Personen, die die Impfung gut vertragen hatten, im Aufklärungsgespräch genannt wurde, deutlich besser als jene, denen die Anzahl mit unerwünschten Wirkungen berichtet wurde. Oder nochmals kurz: Positiv formulieren, was den gleichen Wahrheitsgehalt hat, aber nicht nur für den Therapeuten strategisch günstiger, sondern eben auch für den Patienten entlastender, ent-ängstigender ausfällt.

- *Erlaubtes Verschweigen*: Das ist schon komplizierter, und zwar für beide Seiten. Denn bei dieser Überlegung wird der Patient vor der Verschreibung eines Medikamentes gefragt, ob er damit einverstanden ist, keine Informationen über *milde und/oder vorübergehende Nebenwirkungen des Medikaments* zu erhalten. Über mögliche *schwerwiegende und/oder nicht mehr rückbildungsfähige Nebenwirkungen* muss der Patient jedoch aufgeklärt werden. Wie könnte das lauten?

Beispielsweise: „Eine relativ geringe Zahl von Patienten erfährt lästige, aber ungefährliche Nebenwirkungen der Behandlung. Aus der Forschung weiß man, dass Patienten, die über diese Art von Nebenwirkungen informiert werden, häufiger diese Nebenwirkungen erleben als jene, die nicht über diese Nebenwirkungen aufgeklärt wurden. Möchten Sie nun, dass ich Sie über diese Nebenwirkungen aufkläre oder nicht“?

Hier kann der Patient also entscheiden, was er wissen will und was nicht. Dabei kann der Arzt auch eine Liste von möglichen Nebenwirkungen aushändigen, wobei der Patient erklärt, über welche Art von Nebenwirkungen er auf jeden Fall aufgeklärt werden will und für welche er auf eine Aufklärung verzichtet.

So also eine Reihe von Vorschlägen aus jenen Arbeitsgruppen, die hier einen gangbaren Mittelweg zu finden versuchen.

- *Patienten-Edukation*: Aufklärung im Bedarfsfalle ist das eine, eine regelrechte Erziehung (also Edukation, besser als Schulung bezeichnet), ist allerdings etwas, was erstaunliche Erfolge bringen kann, nicht zuletzt bei chronischen Schmerzen, bestimmten körperlichen (Zivilisations-)Krankheiten und sogar manchen seelischen Störungen. Das allerdings ist aufwändig und muss gezielt und möglichst breit organisiert werden. Hier tut sich jedoch einiges, nicht zuletzt durch Apotheker und – vor allem im Klinik-Bereich – durch Ärzte, aber auch entsprechend geschulte Schwestern, Pfleger, Sozialarbeiter usw. Denn ein aufgeklärter Patient ist ein kooperativer Patient, zumindest in der Mehrzahl der Fälle (Ausnahmen gibt es natürlich bei entsprechend strukturierten Patienten, die aber glücklicherweise nicht die Mehrheit darstellen).

- So etwas braucht aber ggf. ein eigenes Training, ein so genanntes *Kommunikations-Training* für derart eingesetzte Experten. Das wird in zuneh-

mendem Maße in Angriff genommen. Dazu gehören gezielte Angebote einiger Landes-Apothekerkammern sowie in manchen Universitäts-Kliniken (z. B. Schauspieler-Patienten oder Rollenspiele im Medizinstudium sowie konkrete Weiter- und Fortbildungs-Verpflichtungen in der so genannten psychosomatischen Grundversorgung). Denn „Worte sind das mächtigste Werkzeug, über das ein Arzt verfügt. Worte können allerdings – wie ein zweischneidiges Schwert – sowohl tief verletzen als auch heilen“, zitieren die Autoren in ihrem Beitrag. Und empfehlen entsprechende Konzepte, um die „Fertigkeit, positive Suggestionen zu vermitteln und negative zu vermeiden“ auf allen Ebenen im Gesundheitswesen zu installieren (einschließlich der Pflege-Ausbildung).

Das greift natürlich noch weiter, nämlich bis zu den Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Patienten-Aufklärung (aus dem Jahre 1990!), die dringend zu aktualisieren wären. Dazu zählt zum Beispiel die Frage, ob ein Recht auf Nichtwissen von Patienten bezüglich Komplikationen und Nebenwirkungen medizinischer Maßnahmen ausgedrückt werden darf und vom Arzt respektiert werden muss. Weiterhin – so die Experten – ist zu diskutieren, „ob die durch gesetzliche Verpflichtungen bedingte ausführliche Information über mögliche Komplikationen von medizinischen Behandlungen – z. B. in Beipackzetteln oder mehrseitigen Aufklärungs- und Einverständnis-Erklärungen – einige Patienten kognitiv (geistig) überfordern und verunsichern“.

Man sieht, wie schwierig ein Thema ist, das man einseitig und verkürzt als Defizit, Unzulänglichkeit, Bequemlichkeit, mangelnde Informations-Bereitschaft u. ä. bezeichnen kann (und natürlich je nach Bedarf auszuschlachten vermag), wenn man sich nur begrenzt zu informieren gewillt ist. Je tiefer man aber in einen solchen Problembereich hineinleuchtet, desto mehrschichtiger, ja komplexer und damit schwieriger wird es für alle Beteiligten, in diesem Fall also für Therapeuten im weitesten Sinne und Patienten (insbesondere mit bestimmten Leiden und spezifischen Behandlungsmaßnahmen).

Es gibt aber einen Weg, einen Mittelweg, der als Kompromiss akzeptabel erscheint. Er ist aber nur zum Teil mit generellen, wenngleich alle Seiten berücksichtigenden Empfehlungen realisierbar. Letztlich bleibt es nämlich eine Aufgabe, die sich auf jeden einzelnen Fall, ja jede einzelne Situation bezieht. Und dabei muss man ja nicht nur die individuellen Ängste, konkreten Befürchtungen, persönlichkeitspezifischen Eigenheiten und Schwächen, die jeweilige Krankheit, ihren beginnenden oder fortgeschrittenen Zustand, das weitere Umfeld des Betroffenen usw. einbeziehen, sondern auch die z. B. zeitlichen Möglichkeiten, vor allem aber Grenzen im Rahmen eines Praxis- oder Klinik-Betriebs, die selbst den willigsten, fähigsten und am besten ausgebildeten Arzt seine seelisch-geistig-körperlich und vor allem verwaltungsmäßig-bürokratischen Grenzen aufzwingen. Und zwar täglich, zunehmend und das allseits gewünschte gute Arzt-Patient-Verhältnis belastend.

LITERATUR

Für Klinik, Praxis, Forschung und Lehre gleichermaßen alltags-relevantes Thema, das allerdings erst in letzter Zeit verstärkt diskutiert und realisiert wird. Entsprechende wissenschaftliche Beiträge vor allem in englischer Sprache. Beispiele dazu in dem hier referierten Beitrag von

Privatdozent Dr. W. Häuser (Klinik Innere Medizin I, Klinikum Saarbrücken und Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, TU München), Prof. Dr. Dr. E. Hansen (Klinik für Anästhesiologie, Universitäts-Klinikum Regensburg) sowie Prof. Dr. Dipl.-Psych. P. Enck (Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Medizinische Universitäts-Klinik Tübingen): *Nocebo-Phänomene in der Medizin – Bedeutung im klinischen Alltag*. Deutsches Ärzteblatt 26 (2012) 459